

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N^o

303

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 avril 1898, à 1 heure

PAR

Gustave ROGUET

Né à Châteauneuf-sur-Sarthe (M.-et-L.), le 9 octobre 1871

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers

Ancien aide d'Anatomie à l'École de Médecine

ÉTUDE SUR LES SARCOMES
DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

VARNIER } agrégés.
TUFFIER }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

ANGERS

GERMAIN & G. GRASSIN, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

40, rue du Cornet et rue Saint-Laud

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 avril 1898, à 1 heure

PAR

Gustave ROGUET

Né à Châteauneuf-sur-Sarthe (M.-et-L.), le 9 octobre 1871

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers

Ancien aide d'Anatomie à l'École de Médecine

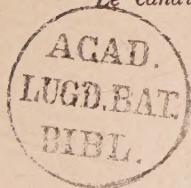
ÉTUDE SUR LES SARCOMES
DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. PINARD, professeur.

VARNIER } agrégés.
TUFFIER }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*



ANGERS

GERMAIN & G. GRASSIN, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

40, rue du Cornet et rue Saint-Laud

—
1898

Faculté de Médecine de Paris

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ HUTINEL.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses.....	BERGER.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	ROGER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	SEBILEAU.
ANDRE.	LEJARS.	THIERY.
BAR.	LETULLE.	THOINOT.
BONNAIRE.	MARFAN.	TUFFIER.
BROCA.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER.	WURTZ.
GILBERT.	RETTNER.	
GILLES DE LA TOURETTE.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE ET D'AFFECTION

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET A L'HÔPITAL D'ANGERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

L'étude des tumeurs de la paroi de l'abdomen, celle des sarcomes en particulier, est restée longtemps dans l'ombre, bien que ces tumeurs ne fussent probablement pas plus rares autrefois que maintenant.

La prudence empêchait les chirurgiens d'intervenir dans des cas où le néoplasme, bien que gênant et douloureux, était moins dangereux qu'une opération. Ces tumeurs contractent souvent des adhérences avec le péritoine et cette séreuse abdominale était la zone redoutée dans toute intervention sur l'abdomen. Les chirurgiens se privaient des renseignements fournis par l'anatomie pathologique, et les malades continuaient à mener une vie de tourment et de douleur, malgré les traitements palliatifs les plus divers.

Les essais de Langenbeck et Esmarch avaient été infructueux, mais bientôt une nouvelle méthode de pansement, la méthode antiseptique, permit de tenter avec succès des opérations qu'on jugeait impossibles autrefois.

Les tumeurs de l'abdomen rentrèrent dans le domaine de la chirurgie opératoire et des interventions répétées

montrèrent que le péritoine, autrefois tant redouté, était aussi accessible aux instruments tranchants.

L'anatomie pathologique y gagna et, les analyses histologiques aidant, on put enfin classer nettement les tumeurs de la paroi abdominale.

L'étude de ces tumeurs ne remonte guère qu'à 1860, au mémoire de Huguier *sur les fibromes* ; bientôt de nouvelles observations furent publiées et l'examen histologique démontra qu'on pouvait trouver dans la paroi abdominale, outre les fibromes, d'un pronostic relativement bénin, des fibro-sarcomes et des sarcomes, d'un pronostic plus grave.

Nous avons été assez heureux pour observer, pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu d'Angers, trois malades atteintes de sarcomes de la paroi.

Les difficultés que nous avons rencontrées à trouver un travail d'ensemble sur ces néoplasmes nous ont engagé à prendre cette étude pour sujet de notre thèse inaugurale.

Mais, avant de commencer ce travail, nous nous faisons un devoir d'adresser nos remerciements à ceux qui nous ont aidé dans nos études médicales.

Nous conservons le meilleur souvenir des savantes leçons de nos maîtres à l'École de Médecine d'Angers, MM. Legludic, directeur de l'École, Bahuaud, Mâreau, Tesson, Charier, et nous ne saurions trop les remercier de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée lorsque nous avons eu l'honneur d'être leur interne.

Nous remercions tout particulièrement nos maîtres en clinique, MM. Dezanneau et Monprofit qui nous ont fait connaître les difficultés du diagnostic chirurgical, et MM. Feillé, Jagot et Thibault qui nous ont initié aux finesses du diagnostic médical.

Nous remercions également M. le Dr Vaslin, qui fut pour nous, pendant notre internat aux hospices, un maître bienveillant.

Nous n'oublierons pas que nous devons à M. le Dr Chagnaud, médecin-major de 1^{re} classe au 6^e génie, de n'avoir pas perdu, au point de vue des études médicales, l'année que nous avons passée au service militaire ; nous le remercions vivement de la confiance et de la bonté qu'il nous témoigna.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552227_0024

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Si l'on étudie les observations de sarcomes de la paroi abdominale publiées jusqu'ici, on constate que cette tumeur se développe avec la plus grande fréquence chez la femme ; les observations de Sourdille, Gauché, Sklifowski montrent cependant que l'homme aussi peut être atteint ; et chez lui le pronostic en serait relativement un peu plus grave, puisque, d'après Doran, chez l'homme le sarcome existerait plus souvent à l'état de sarcome pur qu'à l'état de fibro-sarcome.

L'âge a une importance assez grande au point de vue de l'étiologie ; chez la femme, en effet, c'est à la période de la vie sexuelle que la tumeur a été le plus souvent observée, et presque toujours chez des femmes qui avaient eu une ou plusieurs grossesses. Dans l'observation de de Ruyter seule nous voyons que la tumeur, un sarcome à cellules fusiformes, développée au-dessus de l'aîne, était congénitale.

La puerpéralité elle-même ne jouerait pas le principal rôle dans l'apparition de la tumeur ; il est possible que, sous l'influence de la distension de la paroi par le globe

utérin, il se produise dans la couche musculo-aponévrotique une éraillure, une petite rupture ou un travail inflammatoire du tissu conjonctif qui va devenir le point de départ de la néoplasie. L'utérus gravide agirait alors comme agent traumatique interne ; c'est ainsi qu'on voit assez souvent les sarcomes et fibro-sarcomes se développer à la suite des efforts et contractions douloureuses prolongées de l'accouchement. Dans d'autres cas, le traumatisme est de cause externe ; le fait a été signalé plusieurs fois, et nous avons pu recueillir dans le service de M. Reynier l'observation d'une femme qui, à la suite d'un coup reçu dans le flanc droit, vit se développer une tumeur que l'examen histologique a montré être un fibro-sarcome. Quoique les observations relatives à des hommes ne mentionnent aucun traumatisme, il est probable que c'est à cette cause ou à un effort qu'il faille rattacher l'étiologie du néoplasme. L'hérédité n'a été signalée dans aucun cas. Mais ces causes sont-elles suffisantes pour amener le développement du sarcome, et ne faut-il point faire intervenir un autre facteur ?

Ici se place une question de pathogénie difficile à résoudre. Nous ne développerons pas toutes les théories qui ont été émises sur ce sujet ; cette étude appartient à l'histoire du sarcome en général et serait en dehors des limites de ce modeste travail sur les sarcomes de la paroi abdominale.

Nous rappellerons seulement que les progrès de la bactériologie ont dirigé les recherches vers une voie nouvelle. On a essayé de démontrer la nature infectieuse du sarcome en s'appuyant sur la contagion, les greffes et la présence de germes pathogènes.

Mouratoff, au congrès de chirurgie de Lyon, en 1895, cite un cas de développement d'un sarcome globo-cellu-

laire dans les points de suture, à la suite de l'ablation d'une annexe utérine sarcomateuse.

Schill, en 1887, fait observer qu'il a trouvé, dans les coupes de tissu sarcomateux, un bâtonnet qui se laisse colorer par le Gram à ses deux extrémités; pour lui, ce ne serait pas un vrai bacille, mais une forme végétative d'un mycélium.

Moty, en 1894, communique à la Société de chirurgie le résultat de ses recherches. Sur 12 cas de sarcomes, il avait trouvé 11 fois, à l'état de pureté, dans le sang, un microcoque de très petite taille qu'il réussit à cultiver.

MM. Delbet et Cazin ont constaté dans du suc ou des fragments de sarcomes l'existence de petits corps très réfringents, très mobiles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'étudier l'anatomie pathologique des sarcomes de la paroi abdominale, il est utile de rappeler en quelques mots quelle est la constitution anatomique de cette paroi. Nous verrons en effet que chacun des plans qui la constituent peut être le lieu d'origine de ces tumeurs ; c'est ce que pensait Péan lorsqu'il les divisait en tumeurs sous-cutanées, intra-musculaires et sous-musculaires.

La paroi abdominale antérieure est constituée par :

1° La peau et le tissu cellulaire sous-cutané ;

2° Le muscle grand droit avec les feuilletts antérieur et postérieur de sa gaine d'enveloppe. En dehors du grand droit, ce plan est formé par l'ensemble des trois aponévroses d'insertions antérieures du grand oblique, du petit oblique et du transverse, dont la réunion constitue ce qu'on appelle l'aponévrose abdominale antérieure. Ces trois muscles sont revêtus sur l'une et l'autre de leurs faces d'une lame celluleuse, généralement trop mince pour mériter le nom d'aponévrose ;

3° La lame celluleuse qui tapisse la face postérieure ou péritonéale du muscle transverse, a reçu le nom de fascia transversalis. Fort mince et simplement celluleuse au-

dessus de l'ombilic, le fascia transversalis s'épaissit au-dessous de l'ombilic et présente, dans le voisinage du pubis et de l'arcade crurale, tous les caractères anatomiques des aponévroses ;

4° Entre le péritoine et le fascia transversalis s'étend une nappe de tissu cellulaire, le tissu cellulaire sous-péritonéal. Son épaisseur est fort variable ; elle se divise en deux couches : une couche interne, qui est en rapport avec le péritoine et qui reste celluleuse ; une couche externe, qui répond au fascia transversalis et affecte la forme d'une véritable membrane à laquelle Cooper avait donné le nom de fascia propria ;

5° Enfin, le péritoine pariétal constitue le dernier feuillet de la paroi abdominale antérieure. Au niveau de l'ombilic, il est soulevé par le cordon fibreux qui a remplacé la veine ombilicale ; en partant de l'ombilic, il passe en arrière de l'ouraque et des deux cordons fibreux qui, chez l'adulte, résultent de l'oblitération des artères ombilicales.

Au point de vue de l'anatomie topographique, cette région doit se subdiviser, d'après M. Richet, en deux régions secondaires : une antérieure limitée par le bord externe des muscles droits, et une latérale bornée en arrière par le bord antérieur du carré des lombes et la masse sacro-lombaire.

Les sarcomes de la paroi abdominale débutent souvent, comme les fibromes, à une assez faible distance de l'arcade crurale, au niveau de la fosse iliaque ; cependant, en consultant les observations publiées jusqu'ici, nous voyons que cette prédominance de siège est moins marquée pour les sarcomes purs que pour les fibro-sarcomes. Dans un assez grand nombre d'observations, la tumeur a débuté

près de l'ombilic et ne s'est étendue que plus tard vers la fosse iliaque : cas de Péan, Sklifossowski.

Ils se développent plus rarement au niveau de la ligne blanche.

Leur volume, variable d'une petite orange à une tête d'adulte, est quelquefois tel qu'ils occupent tout un côté de l'abdomen, des fausses côtes à l'épine éliaque ; ils peuvent même franchir la ligne blanche pour envahir le côté opposé.

Le sarcome est rarement sous-cutané ; on le trouve de préférence au-dessous de l'aponévrose du grand oblique, dans l'épaisseur des muscles même, dans le tissu conjonctif qui les entoure ou enfin en avant du péritoine. Il est d'ailleurs généralement impossible, comme nous le verrons en discutant le diagnostic, de savoir avant l'opération quel a été le point de départ de la tumeur, qui envahit rapidement les tissus au milieu desquels elle a pris naissance. C'est à cette marche envahissante que sont dues les adhérences assez fréquentes de la tumeur à la peau et surtout au péritoine.

Les adhérences à la peau sont constituées, d'après Rossi, par des fibres conjonctives unissant le stroma de la tumeur, soit aux fibres du tissu conjonctif sous-cutané, soit à la couche muqueuse de l'épiderme. Les vaisseaux, surtout les veines, sont fortement dilatés et remplis de globules sanguins. Les éléments du tissu conjonctif sous-cutané sont dégénérés, ne se colorant plus par les réactifs ; il en est de même de la couche réticulaire du derme. Au niveau du péritoine, il y a de même dégénérescence des fibres du tissu conjonctif.

On trouve généralement un seul sarcome sur le même sujet ; les cas où de nombreuses tumeurs sarcomateuses ont été rencontrées, à la peau par exemple, appartiennent

à une affection spéciale, une véritable diathèse sarcomateuse. Ces tumeurs multiples gardent généralement un petit volume. Von Bergmann, cependant, cite le cas d'un homme de 54 ans qui avait le corps couvert d'une centaine de petites tumeurs conjonctives molles, les unes cutanées, les autres sous-cutanées, et qui portait en outre à la région postérieure axillo-scapulaire une tumeur plus grosse qu'une tête d'homme, récidive d'un sarcome à cellules fusiformes de même volume, enlevé huit ans auparavant.

La forme du sarcome est généralement ovalaire ou arrondie ; il est fréquent de voir un diamètre prédominant, c'est le diamètre vertical ; assez souvent il est en forme de sablier ou de bissac, une des parties proéminente à l'extérieur, l'autre s'enfonçant dans la cavité abdominale ; quelquefois aussi, la tumeur conserve la forme d'une plaque épaisse.

La surface n'est pas aussi lisse et unie que dans les fibromes ; il y a des bosselures et des mamelons. Sa consistance, loin d'être uniformément ferme et dure, est variable : ferme en certains points, elle est ailleurs molle et presque fluctuante ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet en étudiant la symptomatologie.

Dans les cas où la tumeur s'est développée près de la crête iliaque, le palper peut faire croire à l'existence d'un pédicule. Cette sensation est cependant plus rare que dans les cas de fibromes ; c'est à l'anatomie que nous devons, avec M. Tillaux, en demander l'explication.

Le fascia iliaca, arrivé au niveau de la crête iliaque, se continue en dehors avec l'aponévrose du grand oblique et donne naissance en dedans au fascia transversalis. Il en résulte qu'au niveau de la crête iliaque il existe une sorte

de loge aponévrotique très résistante, ouverte seulement en dedans et qui comprend dans son épaisseur les muscles de la paroi abdominale.

On conçoit dès lors qu'un corps étranger, comme une tumeur, interposé entre les deux lames aponévrotiques, en augmente la tension et donne au doigt la sensation d'une corde tendue.

Si maintenant nous faisons une coupe d'un sarcome, nous constaterons tout d'abord l'inégale consistance de cette tumeur ; en certains points le tissu crie sous le scalpel, tandis qu'ailleurs il est moins résistant et présente même de petites cavités remplies d'un liquide jaunâtre. La surface de la coupe est brillante et montre, dit Ranvier, « des tourbillons séparés par des tractus longitudinaux » qui les entourent. Les tourbillons représentent la section « transversale des faisceaux, les tractus interposés représentent leur section longitudinale. »

Souvent, à côté du tissu conjonctif, blanchâtre à la coupe, on voit des stries rougeâtres et surtout des vaisseaux. Car ces tumeurs sont remarquables par la fréquence et le nombre des vaisseaux, qui tantôt rampent à la surface, tantôt les sillonnent dans tous les sens. La tunique externe des artères et des veines adhère intimement au tissu de la tumeur ; aussi ces vaisseaux restent-ils béants sur une coupe, disposition qui cause parfois des accidents hémorragiques lors d'une intervention.

Au point de vue histologique, les sarcomes appartiennent à la classe des néoplasmes du tissu conjonctif, qui présentent de nombreuses variétés.

Nous n'entreprendrons pas de faire, à propos des sarcomes de la paroi abdominale, l'étude histologique complète de toutes ces variétés. Il nous suffira d'étudier les

deux qui se rencontrent généralement dans cette région, c'est-à-dire le sarcome fasciculé, qui est de beaucoup le plus fréquent, et le sarcome globo-cellulaire, plus rare et qui se rencontre surtout lorsque la tumeur a pour origine le péritoine.

Le sarcome globo-cellulaire est formé de cellules arrondies ressemblant beaucoup aux cellules lymphatiques : comme elles, elles sont arrondies, sans protoplasme distinct, facilement colorées par le carmin ; elles en diffèrent cependant par leur volume moindre et une forme moins régulière. Il est très rare que ces cellules constituent seules la tumeur qui, dans ce cas, prend le nom de sarcome encéphaloïde ou de tumeur embryoplastique. Le plus souvent se forme, entre ces cellules globo-cellulaires, une substance conjonctive intercellulaire presque homogène, très légèrement fibrillaire.

Le sarcome fasciculé est formé de cellules fusiformes, à extrémités très effilées, parfois ramifiées, de 15 à 20 μ de longueur. Leurs dimensions peuvent parfois devenir colossales, allant jusqu'à 10 μ . Peut-être, dit Ranvier, « conviendrait-il, à l'exemple de Rindfleisch, de faire une division de ces tumeurs suivant qu'elles ont de grandes ou de petites cellules fusiformes. Les noyaux sont allongés, le protoplasma qui les entoure est en fuseau. Les éléments cellulaires sont en contact et les extrémités d'une cellule sont en rapport avec la partie renflée de ses voisines. Le plus souvent ces cellules sont entremêlées de fibres conjonctives plus ou moins bien développées, dont la direction générale est toujours parallèle à celle des cellules. »

Ces tumeurs sarcomateuses de la paroi abdominale sont relativement rares à l'état de pureté ; on les trouve

souvent sous forme de fibro-sarcomes renfermant beaucoup de substance intercellulaire, comme les fibromes, mais se distinguant de ces derniers par la richesse et le développement de leurs cellules.

SYMPTOMATOLOGIE

Les sarcomes de la paroi abdominale ne se manifestent pas dès le début de leur évolution par des symptômes bien bruyants, et c'est souvent lorsque la tumeur a déjà atteint un certain volume que le malade la découvre, soit par hasard, soit parce que son attention est attirée de ce côté par de légères douleurs.

Dès cette époque, les signes physiques sont assez marqués pour permettre un examen. Nous allons étudier d'abord ces signes physiques ; nous parlerons ensuite des troubles fonctionnels.

L'examen du ventre fait constater, dans un des points cités plus haut, fosse iliaque ou voisinage de l'ombilic, une saillie de volume variable. A ce niveau la peau ne présente généralement pas de caractères particuliers si la tumeur est de petit volume, bien que, dans certains sarcomes sous-cutanés adhérents, elle prend un aspect chagriné. Elle reste longtemps mobile en avant de la tumeur. Lorsque celle-ci a atteint un volume plus considérable, la peau est sillonnée de veines volumineuses, elle est rosée et peut même présenter des ulcérations. La toux et les efforts rendent la tumeur plus apparente.

La palpation, généralement indolente, permet de sentir sous la main un néoplasme tantôt assez résistant, semblable à un fibrome, tantôt, au contraire, se rapprochant de la consistance du lipome ; s'il est volumineux, on peut trouver des points fluctuants. La surface en est irrégulière et bosselée.

La faible épaisseur que présentent parfois les parois musculaires au niveau de la tumeur, et surtout à la surface de ses bosselures, peuvent, dit Péan, faire croire que le néoplasme est plus superficiel qu'il ne l'est en réalité ; cet effet est dû à la distension que subissent les plans musculaires et aponévrotiques ; il est d'autant plus prononcé que le sarcome est plus considérable.

La tumeur n'a pas toujours des limites très nettes, car elle tend à envahir les tissus voisins ; un bon moyen de la délimiter et de diagnostiquer son siège, consiste à chercher à engager la main sous ses bords et à la soulever.

Lorsque les muscles de l'abdomen sont dans le relâchement, on constate que la tumeur est mobile, généralement dans le sens de son plus petit diamètre. La contraction des muscles abdominaux fixe, au contraire, la tumeur d'une façon absolue ; nous verrons toute l'importance de ce phénomène au point de vue du diagnostic.

Un autre caractère important de cette tumeur est son irréductibilité ; si on presse à sa surface, elle fuit, mais en entraînant avec elle la paroi qui se creuse en forme de cône au fond duquel on sent toujours la tumeur ; et en revenant sur elle-même, la paroi conserve les caractères qu'elle avait avant cette exploration. Lorsqu'elle est développée près d'une surface osseuse, la tumeur paraît, au palper, être unie à cette surface par un pédicule, mais nous avons vu, à propos de l'anatomie pathologique, comment on doit interpréter cette sensation.

Dans les tumeurs volumineuses, la matité est absolue, même à la percussion forte, car elles font souvent saillie dans la cavité abdominale et refoulent l'intestin.

Il n'en est pas de même lorsque la tumeur n'atteint que le volume d'une orange ou celui du poing ; il est nécessaire de pratiquer une percussion légère ; forte et appuyée, elle exercerait son action sur les viscères abdominaux et donnerait une sensation trompeuse.

Un symptôme à peu près constant de ces néoplasmes est la douleur, qui est, comme nous l'avons vu, souvent un symptôme de début. Cette douleur est variable et n'est pas en rapport direct avec le volume de la tumeur : elle est indépendante des névralgies causées par la compression des nerfs, lorsque le néoplasme est volumineux.

Elle se manifeste quelquefois par des picotements ou une sensation de tiraillements au niveau de la tumeur ; elle se fait sentir de préférence la nuit ; tantôt lancinante et restant localisée, tantôt s'irradiant vers la cuisse ou les lombes.

Les sarcomes de la paroi amènent peu de troubles des organes abdominaux et pelviens ; c'est seulement lorsqu'ils sont volumineux ou développés vers la cavité qu'on peut constater, comme dans les cas de Gauché, Terrillon, Scklifossowski, soit le refoulement de la masse intestinale, soit chez la femme, l'abaissement des organes pelviens. M. Terrillon, chez une malade atteinte d'un énorme fibrosarcome parvint à saisir la tumeur entre les deux mains en déprimant fortement le cul-de-sac latéral droit et en refoulant en même temps, de l'autre main, la tumeur du côté du bassin.

Il est un autre symptôme important à signaler, c'est le changement de la température locale ; il y a, au niveau de la tumeur, une élévation de température appréciable à

la main et au thermomètre. L'attention des chirurgiens a été attirée sur ce point par les remarquables travaux de Peter, le mémoire d'Estlander (sur la température des néoplasmes), celui de Verneuil sur la fièvre symptomatique des néoplasmes, et celui de Volckers.

Les troubles fonctionnels n'apparaissent que tardivement, lorsque le néoplasme a acquis un volume considérable ; ce sont surtout des troubles digestifs et des phénomènes de compression ; des troubles dyspnéiques sont signalés dans l'observation de Leplat et celle de Gauché. L'œdème du membre inférieur a été signalée plusieurs fois. Le sarcome de la paroi abdominale peut enfin être la cause d'une véritable cachexie, témoins les faits cités par Péan : les malades sont pâles, anémiés, amaigris ; les vomissements ne sont pas rares, et cet état, joint à la perte complète des forces, pourrait faire croire à l'existence d'un cancer.

DIAGNOSTIC

Les renseignements donnés par le malade sur le début et la marche de son affection, l'examen local, qui est généralement facile, suffisent parfois à faire connaître la nature et le siège de la tumeur. Mais ce diagnostic présente parfois de réelles difficultés; c'est lorsque le sarcome a contracté des adhérences multiples, est volumineux et surtout développé du côté de la cavité abdominale; de nombreuses erreurs ont été commises par les cliniciens les plus éminents. Nous étudierons dans ce chapitre les procédés et les signes qui permettent d'arriver au diagnostic et juger de l'opportunité d'une intervention.

Deux problèmes sont à résoudre :

1° La tumeur est-elle développée dans la paroi, ou dans la cavité abdominale elle-même ?

2° Si elle est pariétale, quels sont sa nature, son siège et ses connexions ?

I. La tumeur est-elle pariétale ?

La clinique a recours à deux procédés d'une grande valeur pour résoudre cette question. Dans une première exploration on met en jeu la contraction des muscles abdominaux ; la sensation éprouvée par la main appliquée sur la tumeur permet de conclure au siège pariétal ou intra-pariétal de celle-ci. Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter, pour décrire ce procédé, le passage suivant d'une clinique de M. Tillaux. « Sentez bien votre
« tumeur, lorsque vous l'avez en main, faites contracter
« les muscles de la paroi abdominale (pour cela, dites à
« la malade couchée de faire un effort pour se relever
« pendant qu'un aide s'oppose à ce mouvement, par une
« main appliquée sur le thorax) ; si la tumeur est intra-
« abdominale, vous ne la sentirez plus, les muscles rigides
« de la paroi vous en séparent ; si, au contraire, elle est
« intrapariétale, vous la sentirez encore. »

Les difficultés que l'on rencontre à chaque instant en clinique pour le diagnostic des tumeurs abdominales chez les malades qui ont une paroi résistante démontrent bien toute la valeur de ce procédé.

Si ce moyen est insuffisant, on peut utiliser un phénomène physiologique constant : c'est le mouvement imprimé aux organes abdominaux par la presse diaphragmatique pendant l'acte respiratoire. La malade est couchée sur le dos ; on applique sur le point culminant de la tumeur la main ou mieux l'extrémité des doigts. On commande alors à la malade de faire une grande inspiration : si la tumeur est intra-abdominale, on la sent glisser, pour

ainsi dire, sous la pulpe des doigts explorateurs ; si elle est pariétale, elle reste immobile.

Si le néoplasme s'est étendu vers la cavité, il sera quelquefois utile de placer, au contraire, la malade dans la position genu-pectorale.

Le toucher vaginal ne doit pas être négligé ; il permet d'éliminer les néoplasmes de l'utérus et de ses annexes qui peuvent prêter à confusion, surtout lorsqu'ils ont contracté des adhérences avec la paroi.

Les tumeurs du rein s'accompagnent généralement de troubles urinaires ; la percussion légère montrera presque toujours au-devant de la tumeur une zone de sonorité qui n'existe pas lors d'une tumeur de la paroi.

Nous nous rappelons cependant avoir vu chez un enfant un énorme sarcome du rein adhérent à la paroi qui laissa longtemps le diagnostic en suspens.

Les tumeurs du foie se caractérisent par des phénomènes particuliers et des troubles fonctionnels assez marqués pour éviter toute confusion ; plus que toute autre, elles sont mobilisées par les mouvements respiratoires.

Le cancer de la face antérieure de l'estomac est suffisamment caractérisé par les troubles fonctionnels et la teinte cachectique qui l'accompagnent.

L'hypertrophie de la rate est remarquable par le rebord tranchant de l'organe que l'on peut, en quelque sorte, saisir ou déplacer chez les sujets maigres.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur le diagnostic différentiel des tumeurs abdominales ; un examen attentif permet d'éviter l'erreur.

II. Diagnostic différentiel

Nous allons maintenant examiner les différentes tumeurs de la paroi que l'on peut confondre avec le sarcome.

Les kystes sébacés, les épithéliomas de la peau sont d'un diagnostic assez facile et sont beaucoup plus fréquents que les sarcomes.

Les lipomes et les kystes développés dans le tissu cellulaire sous-cutané se caractérisent par leur consistance particulière et leur indolence.

Les gommès syphilitiques sont rares à la paroi abdominale ; les accidents spécifiques dont elles ont été précédées ou qui les accompagnent suffiront à mettre sur la voie.

Quant aux tumeurs inflammatoires, les commémoratifs les feront aisément connaître.

Certains phlegmons de la paroi, à marche lente et sans grande réaction inflammatoire, se terminent par induration ; il en résulte une tumeur assez mal limitée, siège d'élancements et de douleurs, et qui pourrait être prise pour un sarcome ; la marche de la tumeur est cependant différente ; il y a eu une période où les contractions musculaires et la plus légère pression étaient douloureuses. La consistance a augmenté peu à peu, les limites de la tumeur ne sont pas nettes et se perdent insensiblement dans les tissus voisins.

Le diagnostic devient plus difficile avec les fibrômes de la paroi, qui ont bien des caractères communs avec les sarcomes. Des caractères particuliers les distinguent cependant. L'évolution de la tumeur n'est pas la même ;

celle du sarcome est généralement plus rapide, et le volume qu'il peut acquérir est plus considérable. Le fibrome est souvent indolent, ce qui est plus rare dans le sarcome dès qu'il a atteint un certain volume.

La surface du fibrome est lisse, unie ou faiblement bosselée ; le sarcome présente des bords moins réguliers et offre de bonne heure des bosselures plus accusées à sa surface. La peau qui recouvre le fibrome reste presque toujours normale ; avec le sarcome, elle se vascularise, devient rosée et peut même s'ulcérer. Il est plus fréquent de trouver des points ramollis ou des kystes dans le sarcome que dans le fibrome.

Les abcès froids intra-musculaires, dont l'étude vient d'être reprise par M. Gérard, de Lille, peuvent, en raison de leur consistance plutôt solide, être pris pour des sarcomes. Leur contenu est en effet le plus souvent formé de grumeaux solides, agglutinés, adhérents, de fongosités incrustées dans la paroi. Mais ils conservent généralement un petit volume et donnent à la palpation la sensation d'une crépitation fine.

Les tumeurs cancéreuses de la paroi ont une évolution rapide, s'accompagnent de troubles de la santé générale, de cachexie et d'adénopathie à proximité ou à distance. Les adénopathies n'ont jamais été signalées dans les observations de sarcomes de la paroi.

Le cancer du péritoine s'accompagne d'ascite, les douleurs sont plus intenses, les troubles généraux plus marqués. L'hydropisie enkystée du péritoine, en raison de la consistance épaisse de son contenu, de l'épaisseur des parois du kyste, peut également prêter à confusion. Il en est de même des hématomes, qui d'ailleurs pourraient être le point de départ de sarcomes, mais ils sont apparus subitement, après la rupture de quelques fibres muscu-

lares, et peuvent se résorber spontanément, ils sont rarement douloureux.

Le diagnostic de sarcome de la paroi étant porté, voyons maintenant s'il est possible de dire quel est le siège exact de la tumeur et quels sont ses rapports avec le péritoine.

L'examen des observations que nous avons pu réunir démontre que le plus souvent ce diagnostic est impossible.

Cependant, lorsque la peau reste mobile à la surface du néoplasme, on en peut conclure qu'il s'est développé dans la paroi musculo-aponévrotique ; mais il est difficile de pousser plus loin et de savoir lequel de l'aponévrose ou du muscle en a été le point de départ, tant la marche envahissante du sarcome modifie l'aspect de la paroi.

En cherchant à engager la main sous la tumeur, on pourra savoir si elle s'enfonce dans la cavité abdominale, ce qui donnerait une forte présomption en faveur des adhérences avec le péritoine. Mais on peut avoir des surprises ; aussi, lors d'une intervention, doit-on s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour une laparotomie.

MARCHE ET PRONOSTIC

L'étude que nous avons faite de la symptomatologie du sarcome montre que la marche de cette néoplasie est assez irrégulière. Tantôt elle subit un accroissement continu, tantôt, au contraire, elle subit un arrêt dans son évolution, pour se développer ensuite rapidement et acquérir un énorme volume. Le même fait a été signalé pour les fibromes ; les observations que nous rapportons montrent toutefois que, dans beaucoup de cas où cette évolution a été rapide, l'analyse histologique a fait classer ces tumeurs non dans la classe de fibromes purs, mais dans les fibro-sarcomes. Certaines conditions semblent influencer sur l'évolution des sarcomes de la paroi ; c'est ainsi que nous voyons la tumeur subir une sorte de poussée congestive au moment de l'époque menstruelle, et aussi se développer plus rapidement, à la suite d'une grossesse.

Si des malades ont pu vivre longtemps avec un sarcome, même volumineux, de la paroi abdominale, il n'en est pas moins vrai que cette néoplasie comporte un pronostic assez grave.

Les poussées, en quelque sorte aiguës, que subit la tumeur, les douleurs dont elle est le siège, sa marche envahissante, les troubles fonctionnels qu'elle occasionne par son volume, finissent par déterminer une cachexie qui emporte le malade. La nature globo ou fuso-cellulaire du néoplasme, son siège et l'état du malade doivent entrer en ligne de compte ; il est certain qu'un sarcome sous-cutané, qui a plus tendance à se développer vers l'extérieur, est d'un pronostic plus bénin qu'un sarcome sous-musculaire, qui contractera vite des adhérences avec la séreuse abdominale.

Les chances de guérison ou de survie données par l'opération sont grandes, grâce à l'antisepsie ; mais les récidives signalées, même dans des cas où l'extirpation paraissait avoir été complète, doivent faire porter un pronostic réservé.

TRAITEMENT

La fréquence de la mort par péritonite, à la suite des opérations ayant nécessité l'ouverture de la cavité abdominale, inspira aux chirurgiens, pour le traitement des tumeurs de la paroi, diverses méthodes qui, toutes, avaient pour but d'éviter la lésion de la séreuse péritonéale.

C'est ainsi qu'en 1860, Huguier, se basant sur sa théorie du pédicule des fibromes, préconise comme traitement la section sous-cutanée de ce pédicule.

En 1867, s'inspirant des méthodes de Thiersch, Nudbaum et Moore pour le traitement des tumeurs cancéreuses par l'injection de substances diverses, Sydow injecta successivement à l'intérieur d'un fibro-sarcome de la paroi abdominale une solution de nitrate d'argent à 1/2000, puis du chlorure de zinc à 1/1000, et finalement de l'acide acétique dilué au tiers. Le résultat ne fut d'ailleurs pas brillant. L'injection fut suivie de gangrène de toute la tumeur et amena la mort de la malade six semaines après le début du traitement.

Une autre méthode, l'ablation incomplète, est employée par Langenbeck et Esmarch. Ils enlèvent des tumeurs de

la paroi, mais en respectant autant que possible les parties adhérentes au péritoine ; malgré toutes les précautions prises, on produit une déchirure de la séreuse, et les malades meurent dans les cas de Langenbeck ; il y a récédive dans le cas d'Esmarch.

L'avènement des méthodes antiseptiques et aseptiques a permis aux chirurgiens un peu plus d'audace dans les interventions, et on admet maintenant que les sarcomes de la paroi doivent être enlevés complètement.

Voyons maintenant quelles sont les indications et contre-indications opératoires.

Bien que le sarcome n'ait pas la malignité du cancer, ni surtout sa tendance à la généralisation, sa marche envahissante, les phénomènes de cachexie qu'il occasionne, montrent qu'il n'est pas une tumeur absolument bénigne.

Les douleurs intenses dont il est le siège, les névralgies qu'il provoque, la gêne considérable qu'il apporte quelquefois par son volume obligent les malades à demander le secours de la chirurgie. En dehors de ces douleurs ou de cette gêne, il est une autre indication opératoire, c'est l'ulcération de la peau. L'accroissement de la tumeur se faisant souvent à l'extérieur, la peau qui est à sa surface s'amincit et s'ulcère facilement ; ces ulcérations sont la source d'hémorragies d'autant plus abondantes que la surface des sarcomes est sillonnée de grosses veines dilatées ; la suppuration n'est pas rare, et c'est une nouvelle cause d'affaiblissement pour les malades ; enfin, ces ulcérations peuvent se recouvrir d'énormes bourgeons sarcomateux.

Quant aux contre-indications, elles se réduisent à peu près à une seule, c'est l'existence de lésions organiques trop considérables qui rendent la vie du malade difficile,

même après une opération heureuse. L'opération serait aussi contre-indiquée dans le cas de généralisation.

L'âge n'est pas, en effet, une contre-indication ; les observations de MM. Témoin et Després qui enlevèrent avec succès de volumineux fibromes, l'un chez un enfant de 14 ans, l'autre chez une femme de 80 ans, montrent qu'on peut intervenir chez les enfants comme chez les vieillards.

Quant à la grossesse, elle est certainement un état fâcheux pour une intervention, surtout lorsque celle-ci doit porter sur l'abdomen ; mais la littérature médicale est riche en faits qui montrent qu'après une opération bien conduite, la grossesse peut être menée à terme. Des kystes de l'ovaire, des fibromes pédiculés de l'utérus, des fibromes de la paroi, ont été enlevés à différentes périodes de la grossesse, sans que celle-ci fût interrompue.

La méthode antiseptique permet d'éviter la fièvre, la suppuration, la lymphangite, qui seraient plus nuisibles que le traumatisme lui-même ; et il est préférable, d'après Verneuil, d'enlever une tumeur qui peut, lors de l'accouchement, gêner les efforts d'expulsion en contrariant les contractions des muscles de la paroi abdominale.

Les adhérences étendues à la séreuse péritonéale, outre qu'il est souvent fort difficile d'en affirmer l'existence, ne s'opposent pas à une ablation complète. La péritonite, si fréquente autrefois lorsque la séreuse était lésée au cours d'une intervention, est évitée si le chirurgien s'entoure de toutes les précautions antiseptiques.

D'un autre côté, les expériences de Sklifossowski et Sanger montrent qu'on peut réséquer une partie du péritoine pariétal sans danger pour les organes digestifs ; le grand épiploon s'accrole à la peau et protège les anses intestinales contre les adhérences qui pourraient contra-

rier leurs mouvements physiologiques. Il nous semblerait toutefois exagéré de faire, ainsi que le proposait Sanger en 1884, la résection systématique de la sangle musculaire et du péritoine pariétal.

L'utilité d'une intervention étant admise, c'est l'ablation complète de la tumeur qu'il faut pratiquer. Nous décrirons brièvement le manuel opératoire, la difficulté d'être fixé sur le siège précis de la tumeur, sur l'existence d'adhérences au péritoine s'opposant à une description unique d'un manuel opératoire qui varie avec chaque cas.

Le malade doit être préparé avec autant de soins que pour une laparatomie. L'incision, faite de préférence au bistouri, varie suivant le siège de la tumeur et l'état de la peau qui la recouvre. S'il n'y a pas d'adhérences à la peau qui est restée saine, une seule incision, passant par le point culminant, sera suffisante ; dans le cas contraire, il faudra circonscrire un lambeau comprenant toute la peau adhérente.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire, il faudra décortiquer la tumeur, en se servant de préférence des doigts, pour séparer les fibres musculaires et aponévrotiques qui lui sont accolées ou même la pénètrent ; des pinces hémostatiques seront placées sur les vaisseaux sectionnés. Notons, en passant, qu'il vaut mieux achever d'abord rapidement l'énucléation de la tumeur, sans se préoccuper des vaisseaux qui saignent, pour faire ensuite une hémostase complète.

Dans les cas où il existe de faibles adhérences avec le péritoine, le chirurgien sépare la tumeur soit avec les doigts, soit avec la spatule, sans se servir du bistouri qui, dans une échappée, pourrait blesser la séreuse. Mais, si ces adhérences sont étroites, si la séreuse paraît faire corps avec la tumeur, il est inutile d'essayer de les

détruire, il faut inciser le péritoine et réséquer toute la partie adhérente.

Lorsque le péritoine n'a pas été réséqué sur une trop grande étendue, on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture au catgut ou à la soie fine. On suture à la soie la section musculo-aponévrotique, en laissant un espace libre pour le passage d'un drain. La réunion de la peau sera faite au crin de Florence ou à la soie un peu grosse; il sera bon de renforcer la suture par quelques points d'appui passant à 3 ou 4 centimètres des bords de l'incision. Ces points éviteront l'écartement des lèvres accolées et permettront une réunion plus parfaite. Pansement iodoformé, compressif.

Lorsque la cicatrisation sera achevée, il sera bon de faire porter au malade un bandage ou une ceinture, pour éviter l'éventration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Recueillie dans le service de M. le Dr Monprofit par M. P. Papin,
interne de service (inédite)

La nommée Marie B . . . , 21 ans, entre le 5 mars 1895 dans le service de Gynécologie.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans et demi, la malade a toujours été bien réglée. Elle n'a pas eu d'autre maladie qu'une rougeole à 7 ans.

Mariée à 16 ans, elle a eu deux enfants ; le premier à 16 ans et demi, l'autre à 17 ans et demi. Ils sont tous deux bien portants.

Un mois après son deuxième accouchement, la malade s'aperçoit qu'elle porte une tumeur dure, grosse comme une noix, à égale distance de la crête iliaque et des fausses côtes du côté droit.

Cette tumeur, siège d'élancements douloureux, grossit assez rapidement.

La malade a une troisième grossesse, pendant laquelle la tumeur se développe : grosse comme le poing au début

de la troisième grossesse, elle atteint le volume des deux poings lors de l'accouchement. Depuis, elle a pris un accroissement rapide et, sauf la gêne des mouvements qu'elle occasionne, ne tourmente pas considérablement la malade. D'ailleurs, aucun trouble fonctionnel : la malade se nourrit bien et digère facilement.

En novembre 1893, la malade entre à l'hôpital d'Angers, présentant une tumeur qui occupe l'hypochondre et le flanc droit. Elle est limitée en dehors par la ligne axillaire, surplombant les fausses et la crête iliaque, limitée en dedans par le bord externe du muscle droit, dont on sent parfaitement la contraction en dedans de la tumeur.

Cette tumeur régulièrement arrondie, sans bosselures ni dépressions, ne semble pas suivre les mouvements respiratoires ; elle est immobilisée par la contraction des muscles abdominaux qui paraissent passer en avant de la tumeur ; elle est mobile sur les parties profondes. Elle est manifestement en dehors de la cavité abdominale et siège dans l'épaisseur de la paroi, plus près de la face péritonéale.

Dimensions. — Grosseur d'une tête d'adulte.

Mate à la percussion dans toute son étendue.

Elle contient du liquide. Quelques vergetures sur la peau qui la recouvre ; pas de rougeur.

Le 22 novembre on enlève la tumeur ; après section de la peau et du tissu cellulaire, on arrive sur une couche musculaire et dégénérée, puis sur la tumeur.

On évacue le liquide qu'elle contient et l'on trouve au fond de la poche une tumeur gris jaunâtre, de la grosseur d'un œuf de poule environ, non fluctuante.

Après ablation, on remplit la cavité de gaze iodoformée.

Pansement tous les jours.

La malade sort le 11 décembre 1893.

Pendant un mois, il s'écoule un liquide noirâtre de la plaie dont on avait retiré le drain. La malade ne souffre pas.

Mais, après cicatrisation, apparaît une nouvelle tumeur, qui se développe rapidement ; le 8 mars 1894, elle avait le volume d'une petite pomme, était mobile, dure, indolore et située près des fausses côtes.

Depuis quatre mois cette tumeur présente, à côté de points durs, des points de moindre consistance particulièrement douloureux, le reste de la masse étant indolore.

Cependant la santé générale ne semble pas atteinte.

État actuel le 5 mars 1895. — En examinant la malade, on trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, occupant toute la partie qui s'étend du rebord des fausses côtes à la crête iliaque et se continuant un peu en arrière. Elle est formée d'une masse centrale et de plusieurs renflements, dont l'un, conique, occupe l'extrémité inférieure de l'ancienne suture. Elle est fluctuante ; au niveau du renflement inférieur, le doigt s'enfonce dans la tumeur et sent des inégalités.

La tumeur est mobile en masse, quand les muscles sont dans le relâchement : il est d'ailleurs difficile d'obtenir des contractions du côté de la tumeur, à cause de son grand volume.

Il n'y a d'adhérences à la peau qu'au niveau de la suture. A la percussion, on a de la matité dans toute l'étendue de la tumeur : une zone de sonorité sépare cette matité de celle du foie. On ne trouve pas de pédicule reliant la tumeur à l'os coxal ; une zone de sonorité existe entre cet os et l'extrémité inférieure de la tumeur.

Intervention le 10 mars 1895. — Section oblique en bas, à droite, terminée à la partie inférieure par une section en raquette comprenant le renflement conique ;

cette section intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On aperçoit alors une surface noirâtre faisant partie de la tumeur. On dissèque la peau, on dégage la tumeur des muscles qui l'englobent : des fibres musculaires passent en effet en avant ; sur les côtés, elle est fortement adhérente aux muscles voisins ; toutefois elle est parfaitement limitée par une membrane d'enveloppe qui pourra permettre l'énucléation. On est obligé de sectionner et de lier aux deux extrémités de la tumeur l'artère épigastrique ; puis on dégage la face profonde de la tumeur de la couche musculaire adjacente. Cette couche musculaire, doublée du péritoine, forme une très faible cloison entre la tumeur et la masse intestinale.

On termine en suturant les muscles sur plusieurs plans, de façon à protéger les organes de l'abdomen ; puis on suture la peau et l'on fait un pansement iodoformé, ouaté.

Peu de vomissements à la suite de l'opération.

La malade ne souffre pas.

Le 16, diarrhée fétide, noire ; température 38°5 ; on donne du benzonaphtol.

Le 18, on enlève les points de suture. Les jours suivants la malade se trouve très bien.

La malade sort le 25.

Examen de la tumeur. — La tumeur bosselée, fluctuante, présente différentes colorations : blanchâtre, rosée en certains points, noirâtre en d'autres, elle est entourée d'une capsule d'aspect fibreux dont l'épaisseur variable contribue à ces différentes teintes. A la coupe s'échappe un liquide rouge brun foncé. L'intérieur est cloisonné par des membranes très fines en certains points. Il y a là un certain nombre de cavités qui communiquent entre elles ; à côté, il existe un grand nombre de petits

kystes isolés, séparés par de minces parois de la cavité centrale.

Des masses polypiformes, grisâtres ou rosées, baignent dans le liquide, se détachent des parois ; leur aspect rappelle celui des noyaux gris du cerveau. On en sépare quelques-uns que l'on garde dans l'alcool, puis dans de la gomme picriquée.

Examen microscopique. — Pour faire l'examen au microscope, on colore au picro-carmin un certain nombre de coupes très fines :

Voici ce que l'on trouve dans la plupart des coupes : une grande quantité de petites cellules rondes à noyaux, serrées les unes contre les autres, au sein d'une substance amorphe colorée en rose. En certains points, des cellules fusiformes, disposées en séries, qui ne traversent jamais toute la préparation. Ces traînées de cellules sont abondantes sur certaines coupes, moins sur d'autres, mais ne font jamais défaut. On peut donc en conclure qu'on avait affaire à une tumeur de nature sarcomateuse, sarcome tendant vers la forme fasciculée.

OBSERVATION II (Inédite)

Pierre G..., âgé de 62 ans, entre à l'hôpital d'Angers le 11 mai 1895, portant dans le flanc gauche une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant. Le malade attribuait sa tumeur à un éclat d'obus qui l'avait atteint en 1870, sans produire de plaie. Elle s'était développée peu de temps après le coup et était restée pendant une dizaine d'années grosse comme une noix seulement.

En deux ans elle a atteint le volume actuel.

Cette tumeur, située dans la région antéro-latérale de la paroi, envahit jusqu'à la région lombaire ; elle siège à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la crête iliaque et en avant. Une grande bride la divise en deux lobes. Son grand diamètre est dirigé de haut en bas et en avant. La peau est intacte, sauf au milieu où existe une tache vasculaire de la dimension d'une pièce de 5 francs ; cette tache était apparue à la suite du coup. La consistance est égale à peu près dans tous les points, elle rappelle un peu celle du lipome, les contractions des muscles l'immobilisent et elle ne paraît pas avoir de prolongement du côté de la cavité abdominale.

Le 20 mai, on enlève la tumeur qui est énuclée facilement. Il reste une paroi brillante nacrée, avec des anfractuosités, profondément adhérente, sutures. La tumeur était de couleur jaunâtre, sans grande vascularisation à sa surface. Sur une coupe on voyait des tractus fibreux, séparant de vastes espaces remplis d'une substance ressemblant assez à du roquefort.

Le malade sort guéri le 30 mai.

Au bout de six mois il y a récurrence. Aux deux extrémités de la première incision se sont développées deux tumeurs, qui atteignent le volume d'un gros œuf. Ces tumeurs sont mobiles avec la paroi, elles paraissent situées sous la peau qui n'est pas adhérente à leur surface. Elles ne sont pas douloureuses. On fait une incision de la peau et du tissu cellulaire, et on arrive ainsi sur le reste du sac qui n'avait pas été enlevé complètement lors de la première intervention. C'est sur cette paroi que se sont développées les deux tumeurs, qui sont mollasses et fortement adhérentes aux muscles sous-jacents. On résèque

une portion des muscles et l'on suture. Guérison douze jours après.

Les tumeurs étaient des myxo-sarcomes.

OBSERVATION III (Inédite)

Recueillie par M. René Cocard dans le service de M. le Dr Monprofit

La nommée M..., ménagère, 26 ans, entre le 11 décembre 1896 dans le service de gynécologie, présentant une tumeur du côté droit de l'abdomen.

Réglée à 14 ans d'une façon normale, elle eut trois grossesses, la dernière en 1896. Les règles ont reparu le 12 décembre 1896. Cette malade présente à l'hypogastre, dans la paroi abdominale, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur ovoïde s'étendant de l'ombilic à l'arcade crurale du côté droit. Tumeur dure, non douloureuse, adhérente au plan musculaire, et dont le début remonte à un an environ. Elle n'est pas mobile sous la peau, qui se fronce et se ride quand on essaie de la faire glisser, pas de ganglions. La tumeur ne gêne la malade que par son volume qui augmente continuellement depuis sa dernière grossesse.

14 décembre 1897. — Chloroforme. Après les soins antiseptiques d'usage, on fait une incision ellipsoïde, circonscrivant le segment de peau adhérente. Section de l'aponévrose et des muscles, ouverture du péritoine tout autour de la tumeur, qui adhère fortement à cette séreuse.

Chemin faisant, on place des pinces hémostatiques, soit sur les vaisseaux sectionnés, soit comme repères sur les divers plans incisés. La tumeur, maintenue à l'aide d'une pince à griffes, est ainsi complètement enlevée. Il reste alors une plaie abdominale assez large, allongée de haut en bas avec perte de substance. Hémostase définitive avec des fils de soie aseptiques, suture du péritoine au catgut. Deuxième surjet de catgut pour réunir le plan musculo-aponévrotique. Troisième plan de sutures pour la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La ligne de sutures s'étend depuis un doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'à deux doigts au-dessus de l'arcade crurale. Pansement iodoformé, ouaté.

Examen de la tumeur. — Poids 600 grammes, diamètres 16 sur 11 cm.

A la coupe, coque fibreuse de 1 cm. d'épaisseur, prolongement fibreux divisant la partie centrale en deux loges inégales (rapport 2/3) remplies d'une masse celluleuse. Cette tumeur est un fibro-sarcome.

La malade sort guérie le 9 janvier 1897.

OBSERVATION IV

P. Ardouin, in Bulletin de la Société anatomique de Paris, t. XI, 1897

La nommée L. . . , couturière, 23 ans, entre le 3 juillet 1897 à l'hôpital Broussais, service du Dr Michaux, présentant du côté gauche une volumineuse tumeur de la paroi abdominale.

On ne note aucun antécédent, si ce n'est une fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans. Deux accouchements normaux.

Trois ou quatre mois avant l'apparition de la tumeur, la malade reçoit sur le côté gauche du ventre un coup de timon de voiture.

Dix-huit mois environ avant son entrée à l'hôpital, la malade constate elle-même qu'elle porte une petite tumeur du volume d'un œuf, à 7 ou 8 cm. de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic. Pendant six à sept mois, le volume ne change pas notablement. Une grossesse survient alors et la tumeur acquiert progressivement les dimensions actuelles.

Depuis l'accouchement, qui remonte à mai 1897, elle n'a subi aucune modification.

En juillet, on constate que la tumeur présente la forme d'un ovoïde à grand axe vertical, du volume d'une tête d'adulte. Sa convexité mesure de haut en bas 36 cm. et transversalement 27 cm. ; sa circonférence, au niveau de sa base d'implantation, mesure 63 cm. Cette masse occupe la paroi abdominale sous-ombilicale dans toute sa hauteur, à gauche de la ligne blanche ; elle est assez mobile sur les plans profonds, sauf lors de la contraction des muscles de l'abdomen, de consistance uniformément dure, indolore à la pression, sauf à son point le plus saillant, où existe une petite ulcération avec adhérence à la peau. Partout ailleurs celle-ci est mobile, un peu tendue, amincie, et laisse voir par transparence de grosses veines flexueuses.

Nulle part on ne trouve de ganglions lymphatiques hypertrophiés.

Le 7 juillet, M. Michaux pratique l'extirpation. Une incision elliptique permet d'enlever, avec la tumeur, la peau ulcérée qui recouvre son pôle. La section de grosses

veines qui serpentent dans le tissu cellulaire sous-cutané produit une hémorragie assez abondante. Bientôt on aperçoit le péritoine transparent, lisse, au contact duquel on trouve la tumeur, sans lui adhérer aucunement. Suture à deux plans, le profond musculo-aponévrotique, le superficiel cutané. Réunion par première intention. La malade sort guérie le 15 juillet; elle est revue en novembre en parfait état, sans trace de récurrence. La longueur de la cicatrice est de 16 cm.

Examen de la pièce. — Le poids de la tumeur dépasse 4 kil. Elle est nettement limitée, encapsulée, ne présente aucun prolongement ou pédicule, aucune racine; elle est dure, régulièrement ovoïde, avec cependant quelques bosselures au voisinage de son point d'implantation. De grosses veines rampent à sa surface. Sur une coupe verticale, parallèle au grand axe, la section est blanc grisâtre, sèche, le tissu est dense, fibreux, criant sous le scalpel.

Du point d'implantation, des travées plus blanches, nacrées, pénètrent dans la masse, offrant quelque similitude avec les travées qui partent du corps d'Highmore pour s'enfoncer dans le parenchyme testiculaire.

Examen microscopique. — Il s'agit d'un fibro-sarcome. On voit sur les coupes des faisceaux de fibres conjonctives plus ou moins entrecoisées et, en certains points, de véritables tourbillons.

Disséminées entre ces fibres adultes, se trouvent quantité d'éléments cellulaires jeunes, allongés, fusiformes, munis d'un gros noyau. Les vaisseaux sont peu développés.

OBSERVATION V (Inédite)

Recueillie dans le service de M. le Dr Monprofit

Victorine L..., 38 ans, réglée irrégulièrement de 16 à 20 ans, eut des crises nerveuses revenant surtout à l'époque des règles. A partir de 20 ans, douleurs vives dans la région des ovaires. En 1890, elle subit une ovariectomie, depuis cette opération, elle eut quatre fois des pertes de sang. En 1896, douleur dans le côté gauche, se faisant sentir surtout lorsque la malade s'asseyait. Il y a quatre ou cinq semaines, elle s'aperçoit que son ventre est dur de ce côté.

A la palpation on trouve, dans le flanc gauche, une tumeur résistante, de la largeur de la main, allant sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic.

Opération le 11 juillet. — L'incision de la paroi abdominale donne accès sur la tumeur constituée aux dépens de la paroi musculo-aponévrotique. Il n'y a pas d'adhérences au péritoine ; mais on est obligé de réséquer une assez grande étendue de la paroi musculaire. Sutures à la soie. Guérison.

La tumeur est un fibro-sarcome présentant plusieurs points ramollis ; par endroits, l'incision de la tumeur donne issue à de petites collections purulentes.

OBSERVATION VI

Péan, in *Leçons de clinique chirurgicale*, t. III, p. 808. Sarcome de la paroi abdominale.

Létourneau, 40 ans, blanchisseuse, entre le 29 janvier 1877, salle Sainte-Marthe. Huit enfants ; menstruation régulière ; santé habituelle bonne. Il y a huit ans, la malade s'est aperçue qu'elle avait sur le ventre une grosseur, du volume d'un œuf, située à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'ombilic et à droite. Pendant sept ans, la tumeur est restée à peu près stationnaire. La malade n'en était pas incommodée.

Il y a huit mois environ, la tumeur s'est développée davantage et est devenue le siège de quelques douleurs. C'est depuis six mois surtout qu'elle a grossi, pour atteindre le volume qu'elle a aujourd'hui. Un cautère a été posé il y a un mois sur la tumeur.

30 janvier. — La plus grande partie de la moitié droite de la paroi est déformée par une tumeur énorme, ovoïde, qui ne dépasse pas la ligne médiane.

La tumeur descend en bas jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. En dehors, elle correspond au flanc droit. En haut, elle remonte jusqu'au cartilage de la septième côte. La surface n'est pas lobulée.

La paroi n'est pas adhérente à la tumeur, sauf au niveau du cautère. On peut faire mouvoir la tumeur dans le sens transversal. On sent qu'elle ne pénètre pas dans la cavité abdominale. En haut, il est difficile de la

faire mouvoir sur les cartilages costaux. Pas de sensation de fluctuation. Il est impossible de palper le foie. La malade a éprouvé des picotements douloureux, mais la douleur est tolérable. Il n'y a pas d'engorgement des ganglions de l'aîne. L'état général n'a pas été modifié jusqu'ici. La malade reste quelques jours à l'hôpital. On se contente de lui prescrire un traitement palliatif, avec quelques applications résolutes.

OBSERVATION VII (Résumée)

Sklifossowski, d'après Labbé, in *Traité des fibromes*

Sarcome à cellules fusiformes. — Extirpation. — Résection large des muscles et du péritoine. — Guérison. — Événtration

M^{me} Kachkine, 33 ans, présente dans le flanc droit une tumeur du volume d'une tête d'adulte. Les téguments ne sont pas mobiles à sa surface ; ils laissent voir quelques veines à sa surface. La tumeur massive, solide, se mouvait avec toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Douleurs lancinantes, irradiées à la fosse iliaque et vers la ceinture.

Opération. — Grande incision semi-circulaire à convexité interne, s'étendant du bord des côtes au ligament de Poupart, limitant un lambeau linguiforme de peau ayant 18 centimètres à sa base. Toutes les couches musculaires se perdaient dans la masse, on ne les distinguait qu'à sa partie externe ; le péritoine était organiquement confondu avec la tumeur. Je pus enlever toute la tumeur après avoir excisé toute la moitié droite de la paroi, y

compris le feuillet pariétal du péritoine, depuis le bord des côtes jusqu'à un travers de doigt et demi du ligament de Poupart. L'épigastrique fut liée à 3 centimètres de son origine et coupée.

Après avoir fait la toilette du péritoine, je recouvris les viscères mis à nu au moyen du lambeau cutané linguiforme doublé de son épaisse couche de tissus celluloadipeux, et je le fixai par des sutures à nœuds très rapprochés au fil de soie. Lavages à l'eau phéniquée à 2 o/o.

Pansement compressif ouaté.

Deux semaines après, la plaie était cicatrisée et la malade se levait, continuant à porter un bandage compressif sur le ventre. Sans ce bandage, elle éprouvait une sensation pénible causée par la descente des viscères.

L'éventration fut corrigée par un appareil spécial que fit construire Sklifossowski, et la malade se trouva tout à fait bien.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Sklifossowski (Ibidem)

Sarcome fuso-cellulaire de la paroi abdominale. — Extirpation. — Résection large des muscles et du péritoine. — Guérison. — Éventration.

A. E., 24 ans, présente dans le flanc gauche une énorme tumeur, qui s'étend depuis le rebord des côtes jusqu'à un travers de doigt du ligament de Poupart et dépasse la ligne blanche de quatre travers de doigt. La peau qui la recouvre présente de nombreuses veines dilatées. La tumeur est peu mobile; elle est massive et

pesante. Dans le décubitus dorsal, elle présente des oscillations bien manifestes, dues aux battements de l'aorte abdominale.

Opération le 10 novembre 1881. — Incision sur la ligne blanche depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à la symphyse pubienne ; seconde incision arciforme partant de l'extrémité supérieure de la première pour suivre le rebord des fausses côtes gauches. Le lambeau cutané ainsi délimité est disséqué par sa face profonde et soulevé. Nous découvrîmes que toutes les masses musculaires se perdaient dans la tumeur et que le feuillet pariétal du péritoine adhérait si étroitement à cette dernière qu'il ne fallait même penser à l'en séparer. Il fallait donc exciser toute la moitié gauche de la sangle préabdominale. Nous coupâmes la paroi abdominale dans toute son épaisseur en suivant le trajet de la ligne blanche. Nous prolongeâmes notre incision dans le sens transversal, en haut, sur le bord des côtes, et en bas, à un travers de doigt au-dessus du ligament de Poupart.

Pour détacher complètement la tumeur, nous fîmes une dernière incision longitudinale suivant la ligne axillaire, depuis les côtes jusqu'à la crête iliaque. Dans tout l'espace limité par les incisions, la sangle préabdominale, ainsi que le péritoine pariétal, se trouvaient détachés. Au niveau de l'ombilic, l'incision se déviait à droite, de façon que nous enlevâmes un lambeau de 4 centimètres du ligament suspenseur du foie. Nous procédâmes à la ligature des vaisseaux : mammaire interne, lombaire et épigastrique ; l'épigastrique, coupée presque au ras du ligament de Poupart, fut de tous les vaisseaux celui qui donna le plus de sang.

Nous enlevâmes, au moyen d'éponges, le sang qui était tombé dans la cavité abdominale ; les viscères mis à nu

furent recouverts du lambeau cutané; nous plaçâmes deux gros tubes à drainage. Pansement antiseptique et compressif ouaté.

Réunion par première intention. Un peu d'hyperthermie le deuxième et le troisième jour, après l'opération 38°2. Seconde poussée fébrile du dix-huitième au vingtième jour, avec suppuration très abondante sous le lambeau cutané : il sortait chaque jour environ trois grandes cuillerées de pus par le drain supérieur. Le 3 décembre, la suppuration cessa et, au niveau du foyer, il resta un empâtement de la grandeur de la paume de la main.

Il resta une éventration très notable, qui s'exagérait encore pendant les mouvements respiratoires de la paroi abdominale. Tandis, en effet, que l'hypocondre droit se déprimait, ce qui est l'état physiologique normal, pendant l'expiration, sous l'influence de la contraction de la sangle musculaire préabdominale, l'hypocondre gauche faisait une saillie très considérable. Cette éventration fut maintenue par un appareil contentif, et le malade n'en éprouva plus aucune gêne.

OBSERVATION IX (Résumée)

Le Bec, in Gazette des Hôpitaux, 1888

Fibro-sarcome de la paroi abdominale sous-péritonéal. —
Ablation. — Guérison.

Marie P..., cuisinière, présente à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale une tumeur de dix à douze centimètres dans son plus grand axe. La peau

glisse à sa surface. Elle est mobile sur les parties profondes, mais elle est fortement fixée par la contraction des muscles.

Opération le 13 juin. — Incision de 15 centimètres sur la partie la plus saillante de la tumeur, parallèle à l'arcade crurale. On coupe successivement la peau, le tissu cellulaire, le grand oblique, le petit oblique et l'aponévrose qui le sépare du transverse ; ce muscle est entièrement détruit par la tumeur. L'artère épigastrique est liée. La tumeur est très adhérente aux fibres musculaires qui l'entourent et qu'on est obligé de sacrifier pour l'en séparer.

La face profonde est très adhérente au péritoine. On réussit toutefois à disséquer cette membrane, qui est dénudée sur une assez grande étendue, sans la blesser. On voyait très nettement les anses intestinales qui la soulevaient.

Drainage, sutures profondes et superficielles. Pansement compressif au sublimé.

Le 1^{er} juillet la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION X (Résumée)

Péan, Leçons de clinique chirurgicale, 1887

Énorme sarcome végétant de la paroi abdominale. — Ablation à l'aide du thermo-cautère par le procédé de morcellement. — Transfusion consécutive à l'opération. — Mort par le choc.

Mayer, 38 ans, entre le 6 février 1882 à Saint-Louis.

Tuberculose pulmonaire. — Il y a dix ans, il remarqua, à la partie supérieure de la région hypogastrique, sur la

ligne médiane, une tumeur cutanée aplatie, du volume d'un noisette, indolente. En deux ans, des productions analogues se développèrent au pourtour de la première, pendant que celle-ci acquérait le volume du poing d'un adulte. Les années suivantes, ces différentes tumeurs s'accollèrent et finirent par constituer une masse unique, lobulée, qui s'ulcéra en plusieurs points : il y a deux ans, hémorragies profuses et rebelles : en même temps apparut une diarrhée incoercible : cachexie rapide.

État actuel. — La paroi intérieure de l'abdomen est déformée par une énorme tumeur occupant verticalement l'épigastre, l'ombilic et le tiers supérieur de la région hypogastrique et transversalement tout l'espace compris entre deux lignes qui descendraient verticalement de l'angle antérieur des côtes aux épines iliaques supérieure et antérieure. Cette tumeur est composée de trois lobes principaux. Chacun d'eux forme au-dessous des parties saines un relief égal à celui d'une tête de fœtus à terme et est recouvert de larges bosselures et de petites tumeurs surajoutées. Ces tumeurs surajoutées ont tendance à se pédiculiser.

Il existe trois ulcérations de 4 à 6 centimètres de diamètre ; elles occupent les parties les plus saillantes de chacun des gros lobes. Leur surface est rouge et recouverte de fines granulations ; en ces points la peau paraît détruite dans toute son épaisseur. Partout elle fait corps avec la tumeur. Celle-ci a une consistance uniforme, dure, solide, sarcomateuse ; elle ne paraît pas dépasser la couche aponévrotique superficielle. Rien dans les ganglions inguinaux. État général déplorable.

18 février. — Chloroforme. — La tumeur est enlevée à l'aide du thermo-cautère. Hémostase parfaite. La tumeur ne dépasse pas la couche aponévrotique superficielle.

Sur une coupe la tumeur a la structure du sarcome à ses différentes phases de développement ; il existe des points kystiques variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, des zones myxomateuses, fibro-plastiques et fibroïdes. En quelques points la tumeur a subi la dégénérescence granulo-graisseuse et offre une teinte jaunâtre qui contraste avec la coloration rosée des parties voisines.

Le malade meurt dans la nuit suivante, malgré la transfusion faite quatre heures après l'opération.

A l'autopsie on constate qu'il n'y avait aucune communication avec les viscères. Foie gras. Reins blancs.

OBSERVATION XI

Tumeur congénitale de l'aîne formée par un sarcome à cellules fusiformes. De Ruyter (Berliner klinische Wochenschrift), 30 déc. 1889.

Fillette d'un an et demi ayant, dès la naissance, une tumeur de l'aîne droite qui, dans les six derniers mois, fit des progrès rapides, visibles quotidiennement. Dilatation énorme des veines abdominales ; œdème du membre inférieur droit. Mort par épuisement.

A l'autopsie, on constate qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes, extra-péritonéal et gros comme une tête d'homme. La tumeur était divisée en deux par une capsule conjonctive ; l'une des portions était dure et pauvre en vaisseaux, l'autre molle et très vasculaire. L'utérus et le ligament large avaient été tirés par la tumeur ; ce dernier était même perforé sur un point. Les intestins étaient refoulés en haut, le cœcum touchant le foie. Tous

les organes abdominaux étaient sains, à part le rein droit, atteint d'hydronéphrose.

La tumeur envoyait vers la cuisse, au-dessous du ligament de Poupart, un prolongement de la grosseur du poing.

OBSERVATION XII

Reisz, in Archives de médecine (Mémoire de Terrillon, mai 1888)

Femme, 50 ans. Ménopause à 42 ans. Siège, bas-ventre ; sous-péritonéale ; véritable infiltration. Énormes douleurs irradiées, amaigrissement. Parue il y a cinq ans ; bientôt marche très rapide, ganglions axillaires pris ; mort. Myxo-sarcome du tissu cellulaire sous-péritonéal.

OBSERVATION XIII

Terrillon, in Bulletin général de thérapeutique, 1886

Fibro-sarcome volumineux de la paroi abdominale proéminent beaucoup du côté de la cavité. — Ablation sans ouverture du péritoine, malgré une dissection difficile. — Guérison.

M^{me} M. . . , âgée de 27 ans ; a eu un enfant il y a deux ans. Tumeur du volume d'une tête d'adulte occupant toute la fosse iliaque droite. Elle fait une saillie peu prononcée sur l'abdomen ; mais par le palper on constate qu'elle est très grosse, oblongue dans le sens transversal, et paraît plonger dans le bassin et la fosse iliaque. Par le

toucher vaginal, en déprimant fortement le cul-de-sac latéral droit et en refoulant en même temps la tumeur du côté du bassin, on arrivait à la saisir entre les deux mains.

Opération le 28 octobre. — Incision parallèle à l'arcade crurale. La tumeur est difficile à séparer des parties voisines, et surtout du péritoine. Celui-ci, isolé sur une étendue de 30 cent. carrés, était très mince, et le tissu cellulaire qui le double n'existait plus. Drainage, sutures au catgut.

OBSERVATION XIV

Monteil, Société de chirurgie. — 28 février 1887

M^{me} B..., 35 ans, portait depuis longtemps une petite tumeur à 2 centimètres à gauche de l'ombilic. Tumeur longtemps stationnaire. Elle prit un accroissement rapide après l'accouchement. Dans son grand diamètre, elle mesure 18 centimètres et 14 dans le plus petit. L'extrémité inférieure était superficielle, la supérieure se perdait profondément dans la paroi abdominale. Pendant son ablation, on la trouve adhérente au péritoine qui est réséqué circulairement sur une étendue de 2 centimètres. Guérison sans incident.

La tumeur, examinée histologiquement, a été reconnue pour un fibro-sarcome.

OBSERVATION XV

M. Nicaise. — Th. de Loisnel

M^{me} X... entre à l'hôpital Necker en octobre 1877.

Pas d'antécédents morbides ; six enfants.

Il y a quatre ans, apparition d'une petite tumeur siégeant vers la partie antérieure de la crête iliaque gauche. Marche lente pendant trois ans.

Accroissement rapide depuis un an et surtout depuis quelques semaines.

Elle s'étend aujourd'hui depuis la crête iliaque jusqu'au rebord des fausses côtes. Peau distendue, plus chaude au toucher que les parties voisines ; à la partie déclive, elle est rouge ; les veines sous-cutanées sont très volumineuses.

Globuleuse dans son ensemble, elle présente à sa surface quatre mamelons volumineux. Par la palpation, on reconnaît qu'elle fait saillie vers la cavité abdominale.

Consistance inégale, en général dure, fibreuse, mais dans sa partie la plus saillante et en bas, elle présente une sorte de fluctuation. On ne peut la déplacer dans le sens vertical ; immobilité par la contraction des muscles abdominaux.

Bien réglée jusqu'en janvier 1877, la malade a eu une perte qui a duré quinze jours, puis les règles ont disparu pendant quatre mois. État général bon.

Au cours de l'opération, qui est pratiquée le 7 novembre, on observe que la tumeur est unie aux aponévroses du petit oblique et du transverse, non par un

pédicule, mais par une épaisse bandelette de tissu fibreux qui s'incère sur la crête iliaque. Le péritoine n'est pas découvert, mais seulement le fascia propria. La coupe de la tumeur présente un aspect différent vers la partie profonde et vers la partie superficielle. Il semble qu'elle s'est développée de dedans en dehors par l'augmentation des lobules externes et par l'addition de nouveaux lobules à sa partie profonde. Dans les parties superficielles, il y avait des dépôts crétacés, granulo-graisseux.

L'examen histologique montre que cette tumeur présente, en certains points, la structure du fibrome et, dans d'autres, celle du sarcome fasciculé. Les vaisseaux sont formés uniquement par l'écartement des cellules et n'ont pas de paroi propre ; on y trouve des coagulations sanguines.

OBSERVATION XVI

M. le professeur Trélat, thèse de Damalix (Résumée)

Femme de 32 ans, bien réglée, sans antécédents morbides, de bonne santé, pas de syphilis. Mère de deux enfants bien portants.

Entrée dans le service de M. Trélat, le 10 janvier 1883, cette femme s'aperçut, il y a quatre à cinq mois, de la présence d'une tumeur ayant déjà un petit volume. Le néoplasme siège à droite, en dehors de la ligne blanche, de forme ovoïde,* allongée verticalement, du volume d'un gros œuf. Tumeur dure, mobile, non fluctuante, peu douloureuse à la pression. Si l'on fait contracter les muscles de l'abdomen, la tumeur devient fixe et son

immobilité est absolue. Indépendance complète à l'égard de l'utérus, des ovaires.

A la partie supérieure existe comme un élargissement diffus qui empêche que l'on puisse nettement saisir la tumeur en ce point : elle semble adhérer à la face profonde des muscles. Irréductibilité absolue. Santé générale excellente.

Opération pratiquée le 16 janvier. — Énucléation possible, malgré une adhérence au bord externe et à la face profonde du grand droit.

Après l'ablation, la face externe du péritoine apparaissait comme une boursouflure à plusieurs lobes au fond de la plaie.

Trois jours après l'opération, ballonnement du ventre, apparition de la douleur, vomissements. Mort le cinquième jour.

Analyse histologique pratiquée par le Dr Latteux. — La tumeur présente à la coupe deux tissus d'aspect dissemblable ; le premier plus compact, blanchâtre, formé d'un tissu conjonctif assez dense, à fibres flexueuses, au milieu d'elles, un assez grand nombre de petits noyaux, quelques vaisseaux à parois très minces ; le deuxième, plus lâche, offre comme structure un stroma d'éléments embryonnaires fusiformes, parsemés d'abondants orifices vasculaires contenant encore du sang. Entre ces deux types, on rencontre tous les degrés d'évolution de la cellule embryonnaire jusqu'à la fibre conjonctive parfaite.

OBSERVATION XVII

M. Terrillon, Thèse de Damalix (Résumée)

M^{me} M. . . , 37 ans, un enfant bien portant.

Au mois de novembre 1884, apparition, près de l'épine iliaque antérieure droite, d'une petite tumeur qui devient gênante et douloureuse vers le sixième mois.

Au moment de l'examen, la tumeur a le volume d'une tête d'adulte, fait une saillie peu étendue sur l'abdomen, mais elle paraît plonger dans le bassin et la fosse iliaque.

Aucun trouble de la santé générale.

Opération. — Longue incision parallèle à l'arcade Fallope, commençant en dehors de l'épine iliaque pour dépasser la ligne blanche.

Section du grand oblique. — Les fibres du petit oblique adhèrent à la tumeur qui est reliée par un prolongement fibreux, épais à la partie externe de l'arcade de Fallope et à l'épine iliaque. Adhérences au péritoine, dissection sans déchirure du péritoine.

La tumeur était développée aux dépens du muscle transverse, était constituée par du tissu fibreux fasciculé, très dure, mais elle contenait par places du tissu sarcomateux ; son poids était de 5 kilogrammes.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

Péan, in *Tumeurs de l'abdomen*, Paris, 1880. Vaste tumeur fibreuse implantée à la face externe du péritoine, au-dessus de l'arcade crurale, chez une femme enceinte de sept mois. Ablation, guérison, accouchement à terme.

Lahri (Marie), 28 ans, couturière. Deux grossesses à terme, deux fausses-couches.

Il y a trois ans, à la suite de sa dernière grossesse, elle remarqua, au voisinage de l'arcade crurale droite, une grosseur du volume d'une noisette, indolente. Pendant deux ans cette tumeur resta stationnaire. Au commencement de la troisième année elle grossit rapidement.

Actuellement la tumeur est volumineuse, ovoïde : le grand axe mesure 18 centimètres et s'étend du milieu de la crête iliaque jusqu'au voisinage du muscle grand droit du même côté. Son petit axe mesure 7 centimètres. Les téguments qui la recouvrent sont sains et glissent facilement sur elle. Elle adhère intimement aux parties profondes. Elle est le siège de douleurs vives, lancinantes, qui reviennent par accès, puis cessent pour revenir à la suite d'un mouvement brusque, d'une pression légère ou même spontanément. L'ablation est urgente.

Opération. — Dissection de la tumeur et de sa partie profonde. La portion adhérente au péritoine forme une lame d'un demi-millimètre d'épaisseur, qui appartient plutôt à une sorte d'enveloppe propre qu'au péritoine. Elle est disséquée sans excision du péritoine.

L'examen microscopique montra que c'était un fibrosarcome.

OBSERVATION XIX (Résumée)

Gauché, in Bulletin de la Société anatomique, 1878.

Fibro-sarcome de la paroi abdominale. Mort par cachexie.

Il s'agit d'un homme qui entra à l'ancien Hôtel-Dieu en octobre 1876, porteur d'une tumeur du flanc droit, ayant débuté plusieurs années auparavant. L'évolution de la tumeur marche à grands pas pendant l'année 1877, de telle sorte qu'au mois de juillet de cette année elle paraissait avoir décuplé de volume. Deux poussées de péritonite circonscrite, avec douleurs locales et phénomènes généraux très accentués. En janvier 1878, le volume de la tumeur était vingt fois plus considérable qu'au début, à en juger par la saillie extérieure.

Troubles dyspnéiques et dyspeptiques augmentant de plus en plus. Mort le 17 février.

A l'autopsie on trouva un peu d'ascite ; les viscères étaient tous refoulés vers la partie supérieure de l'abdomen.

L'examen microscopique, fait par M. Chambard, répétiteur au collège de France, montra que c'était un fibro-sarcome.

OBSERVATION XX (Résumée)

Péan, leçons de clinique chirurgicale, t. IV

Sarcome kystique de l'abdomen. — Ponction et drainage. —

Dégénérescence sarcomateuse. — Mort

Dumoulin (Henriette), 37 ans. Bien réglée. Accouchement à terme, à 25 ans. Ulcère simple de l'estomac à 18

ans. Depuis l'âge de 19 ans, signes de tuberculose pulmonaire. Il y a sept ans elle remarqua, par hasard, au niveau de la ligne blanche, à égale distance de l'ombilic et du pubis, une tumeur large comme la paume de la main, à surface lisse et unie, sans bosselures apparentes. Au toucher, cette tumeur était dure et immobile, devenait plus apparente pendant la contraction des muscles. Douleurs spontanées avec sensations de tiraillements au niveau de la tumeur, qui augmente rapidement depuis sept mois.

La malade entre à l'hôpital le 3 novembre 1879.

La tumeur occupe les régions hypogastrique et ombilicale, où elle forme une saillie ellipsoïde de 13 cm. de hauteur sur 23 de largeur. Elle est divisée en deux moitiés égales par l'ombilic et la ligne blanche. Son bord supérieur est distant de l'ombilic de trois travers de doigts.

Tumeur lisse, fluctuante, sans bosselures, paraît indépendante des viscères abdominaux et pelviens; les muscles abdominaux paraissent étalés à sa surface.

Opération le 24 novembre. — Ponction à l'aide d'un trocart courbe, écoulement d'un liquide séro-sanguin épais et visqueux. Contre-ponction et drainage. Injection quotidienne d'eau alcoolisée phéniquée. Le 10 janvier, la tumeur est complètement affaissée; la malade, dont l'état s'est amélioré, quitte le service.

Elle rentre le 20 février. Rougeur érythémateuse et gros bourgeons charnus autour des orifices qui livrent passage aux drains.

Sur l'emplacement occupé autrefois par le kyste on constate une tumeur solide de la largeur de la main. Deux champignons d'aspect sarcomateux, du volume d'une noix chacun, se développent au niveau des orifices de sortie du drain.

L'état général s'aggrave de jour en jour et la malade meurt le 15 mars.

Autopsie. — En disséquant la paroi abdominale on remarque qu'autour des bourgeons sarcomateux les diverses couches : derme, tissu cellulaire, muscles, sont envahies par la dégénérescence sarcomateuse. A mesure qu'on se rapproche du péritoine la portion envahie devient plus large.

A l'ouverture de la cavité abdominale on voit que la tumeur s'enfonce directement d'avant en arrière, occupant le grand épiploon, l'arrière-cavité et arrivant jusqu'aux deuxième et troisième vertèbres lombaires, où les gros vaisseaux et les nerfs prévertébraux sont englobés dans les ganglions lombaires dégénérés. La tumeur adhère au bord inférieur de l'estomac dont la muqueuse est restée saine. Il n'existe pas de traces du pancréas. A droite, la tumeur arrive jusqu'au hile du foie qui n'est pas envahi, à gauche jusqu'à la rate. Le côlon adhère à la tumeur.

Examen histologique. — Sarcome.

OBSERVATION XXI (Résumée)

Péan, *Ibidem*

Fibro-sarcome sous-musculaire, très probablement péritonéal, de la paroi antéro-latérale gauche de l'abdomen

Femme de 24 ans. Bien réglée, nullipare. Il y a six mois, à la suite des efforts provoqués par un vomitif, elle a remarqué au niveau de la paroi latérale gauche de l'ab-

domen, une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde dure, résistante, profondément située, ne déterminant ni gêne ni douleur spontanée ou provoquée. La tumeur a fait depuis cette époque des progrès assez sensibles. Il y a quinze jours, au moment des règles, elle est devenue temporairement douloureuse, ce qui a déterminé la malade à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Tumeur dure, solide, soulevant en masse toute l'épaisseur de la paroi abdominale, étendue du rebord des fausses côtes à trois travers de doigts de la crête iliaque. Son étendue transversale est plus considérable ; elle part de l'ombilic et se perd en haut et en dehors au-dessous des dernières côtes. Elle est irréductible et incompressible ; à la périphérie elle est mollasse, et comme liquide au centre. Les muscles abdominaux deviennent durs en se contractant à la surface de la production morbide. Par la percussion de la tumeur immobilisée par un aide, on la circonscrit dans toute son étendue, et on reconnaît qu'elle mesure 8 cm. en hauteur et 13 cm. $1\frac{1}{2}$ dans le sens transversal. Elle est indépendante des organes de la cavité abdominale. Fonctions digestives normales.

Le 1^{er} février 1879, on fait une ponction exploratrice au centre de la tumeur, dans le point où elle paraît plus molle. Cette ponction donne issue à quelques gouttes de sang pur, rouge, vermeil.

Après deux jours de repos, la malade retourne chez elle.

OBSERVATION XXII (Résumée)

Leplat, in Bulletin de la Société anatomo-clinique de Lille, 1886

Fibro-sarcome volumineux de la paroi abdominale. — Ablation. —

Difficultés de l'hémostase dues à la rétraction profonde d'artères musculaires. — Adhérences de la tumeur au péritoine. — Hémorrhagies secondaires. — Mort.

Honorine Q. . . , 32 ans. Pas d'antécédents néoplasiques dans sa famille. Bien réglée.

Il y a un an elle s'aperçut qu'elle portait du côté gauche, à 10 centimètres de l'ombilic et à son niveau, une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur, non douloureuse, augmente rapidement et la malade s'affaiblit.

Elle entre à l'hôpital de la Charité, le 15 juin 1886, dans le service de M. Duret, et demande une intervention.

A ce moment, on constate, sur le côté gauche de l'abdomen, une tumeur s'étendant du rebord des fausses côtes à la racine de la cuisse et de forme ovoïde. Sa consistance est dure, pas de nodosités. Sinus profonds, au niveau des nombreuses veines qu'on perçoit à la surface cutanée. Le néoplasme semble assez bien limité et n'adhère pas au squelette ; il est facile à circonscrire avec la main embrassant sa face postérieure. Pas d'adhérences à la peau. Dans l'état de relâchement de la paroi abdominale, on peut faire mouvoir la tumeur dans tous les sens ; mais la contraction musculaire semble l'enchâsser et la fixe aux plans profonds de la paroi. Cette tumeur est donc développée aux dépens des muscles abdominaux, mais il n'est pas possible de diagnostiquer une connexion avec le péritoine. Cavité abdominale absolument libre.

Opération le 23 juin. — Incision en forme de quart de cercle à la partie inférieure de la tumeur. Les veines nombreuses qui la sillonnent sont transformées en larges sinus qui produisent une hémorrhagie abondante et nécessitent l'emploi d'environ 30 pinces hémostatiques. On est obligé, en quelque sorte, de la sculpter dans les muscles droit et oblique, aux dépens desquels elle est développée. Elle adhère au péritoine qu'on sectionne dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Sutures du péritoine au catgut et à la soie ; sutures de la paroi aux fils d'argent et crins de Florence.

A la suite de l'opération, hémorrhagies et syncopes.

Mort le lendemain.

Autopsie. — Vascularisation de la séreuse péritonéale environnant la plaie. Utérus gravide contenant un fœtus d'environ deux mois. D'après l'examen histologique fait par M. Coison, la tumeur appartient à la classe des fibro-sarcomes. On constate la destruction de la fibre musculaire par le néoplasme. Les vaisseaux de la tumeur volumineux, dépourvus de parois contractiles, restant béants après la section à cause de leur continuité avec le tissu du fibro-sarcome, expliquent les hémorrhagies graves signalées.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

Brun, in Annales de Gynécologie, t. 26, 1886

Fibro-sarcome de la paroi abdominale. — Ablation. — Mort de péritonite

M^{me} X..., 27 ans. 6 accouchements à terme. Tumeur de la fosse iliaque droite ayant débuté il y a un an et augmenté rapidement depuis le dernier accouchement, il

y a six semaines. Aujourd'hui cette tumeur a le volume de deux têtes d'adulte juxtaposées ; elle est formée de deux lobes. La peau, mobile à sa surface, est parcourue de grosses veines. La tumeur est fixée par la contraction des muscles abdominaux.

Opération le 25 septembre. — Incision de la ligne blanche depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis. Après dissection on voit que la tumeur, adhérente à la face profonde de la paroi, plonge dans la cavité abdominale et y fait une saillie aussi accentuée qu'à l'extérieur. Aucune adhérence viscérale.

Le néoplasme enlevé, on suture au catgut la paroi musculo-péritonéale ; suture de la peau au fil d'argent. Drainage, pansement compressif.

Mort de péritonite trois jours après l'opération.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

Laroyenne, in *Gazette des hôpitaux*, 1869.

Femme de 36 ans. Tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme dans la fosse iliaque droite. A l'opération on est obligé de laisser une partie de la tumeur adhérente au péritoine pour ne pas ouvrir la séreuse. Cinq mois après, pas de récurrence.

Le néoplasme était un fibro-sarcome.

OBSERVATION XXV (Résumée)

Cameron, in *Archives de médecine* (Mém. de Terrillon).

Femme de 55 ans. Tumeur fibro-plastique de la région inguinale droite superficielle. Trois récurrences.

OBSERVATION XXVI (Inédite)

La nommée M. . . , 63 ans, entre à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur située dans le flanc droit.

Il y a 20 ans, la malade reçut un coup dans cette région ; la douleur persista plusieurs jours ; quelques mois après, une petite tumeur, du volume d'une noix, s'était développée. Elle resta stationnaire pendant une quinzaine d'années. Depuis trois ans elle a acquis le volume actuel ; elle ne cause que peu de douleurs.

A la palpation on constate, à trois travers de doigt de l'ombilic, du côté droit, une tumeur grosse comme les deux poings, mobile avec la paroi lorsque celle-ci est dans le relâchement. La peau adhère à la tumeur dans l'étendue de la paume de la main environ ; elle n'est ni enflammée, ni ulcérée. La consistance de la tumeur est dure, renitente ; il n'y a pas de fluctuation.

Intervention le 8 décembre 1897. — Incision elliptique, circonscrivant le lambeau de peau adhérente. La tumeur paraît enveloppée d'une capsule, fort difficile à séparer des muscles voisins sur lesquels elle est implantée. Il n'y a pas d'adhérences au péritoine. Sutures sur deux plans.

Examen de la tumeur. — Elle est enveloppée d'une capsule assez épaisse, fibreuse. Sur une coupe on voit des faisceaux de fibres englobant une masse celluleuse ; la couleur est blanc nacré par endroits, jaunâtre ailleurs.

L'examen histologique démontre que la tumeur est un fibro-sarcome.

CONCLUSIONS

Les sarcomes de la paroi se développent surtout chez la femme. Ils se présentent soit à l'état de sarcomes purs, soit à l'état de fibro-sarcomes.

Deux variétés de sarcomes surtout se rencontrent à la paroi abdominale : le sarcome globo-cellulaire et le sarcome fasciculé.

Le sarcome de la paroi abdominale antérieure emprunte au voisinage du péritoine un caractère particulier de gravité.

Tout sarcome diagnostiqué doit être enlevé.

Si la tumeur adhère au péritoine, on devra réséquer la portion de la séreuse adhérente à la tumeur.

La guérison peut se produire même dans le cas où la séreuse a été réséquée sur une trop grande étendue pour permettre de réunir les deux lèvres de l'incision.

Il sera bon de faire porter au malade un bandage ou une ceinture afin d'éviter l'éventration.

Vu par le Président de Thèse,
TILLAUX.

Vu :
Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1835. VERNEUIL. — Société de biologie, 2^e série, t. II.
1856. LANGENBECK. — Archiv. f. klinische chirurgie.
1865. CORNILS. — Thèse de Kiel.
1869. VIRCHOW. — Traité des tumeurs.
1875. SUADICANI. — Thèse de Kiel.
1878. NICAISE. — Revue de chirurgie.
1878. GAUCHER. — Bulletin de la Société anatomique.
1880. PÉAN. — Tumeurs de l'abdomen.
1881. VERNEUIL. — Bulletin de la Société anatomique.
1882. PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale.
1884. SCLIFOSSOWKI. — Wratch, n^o 38.
1884. CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.
1884. SANGER. — Archiv. fur. Gynækologie, v. XXIV, 1.
1886. TERRILLON. — Bulletin général de thérapeutique.
1886. DAMALIX. — Thèse de Paris.
1886. BRUN. — Annales de gynécologie.
1887. SCHILL. — Brit. méd. journ. (octobre 1887).
1887. MONTEIL. — Société de chirurgie (février).
1887. PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale.
1888. REISZ. — Archives de médecine.
1888. LOISNEL. — Thèse de Paris.

1888. HAQUIN. — Thèse de Paris.
1888. LABBÉ et RÉMY. — Traité des fibromes de la paroi
abdominale.
1888. LE BEC. — Gazette des hôpitaux.
1889. VON BERGMANN. — Berlin, klinische (30 déc).
1889. DE RUYTER. — Berlin, klinische.
1891. DORAN. — Mercredi médical (15 avril).
1892. ROSSI. — Rivistica clinica e terapeutica (juillet).
1894. MOTY. — Bulletin médical (14 octobre).
1894. CREUTZER. — Thèse de Nancy.
1895. LEJARS. — Leçon de chirurgie.
1895. NOVÉ-JOSSERAND. — Thèse de Lyon.
1895. GILBERT-SOURDILLE. — Bulletin de la Société ana-
tomique.
1895. DELBET. — Presse médicale (juillet).
1895. MOURATOFF. — Presse médicale.
1897. NOIRAT. — Thèse de Paris.
1897. P. ARDOUIN. — Bulletin de la Société anatomique
de Paris, t. XI.
1898. GÉRARD. — Gazette des hôpitaux (Mars).

